

ЭКЗАНТЕМА КАК СОСУДИСТЫЙ КОМПОНЕНТ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСНОВНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Цыркунов В.М., Козловский Д. В. * Кравчук Ю.В.

*УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»,
УО «Гродненский государственный медицинский университет» *,
Беларусь*

Происхождение инфекционных экзантем (патоморфогенез) различно. Тем не менее, объединяющим механизмом патогенеза экзантем является нарушение проницаемости стенки кровеносных сосудов (капилляров кожи) и изменения в коагуляционном и тромбоцитарном звеньях гемостаза (1, 2, 3). Инфекционная патология, сопровождающаяся экзантемами, представляет собой своеобразный генерализованный эндотелиоз, сопровождающийся активацией тромбоцитов и высвобождением в кровь большого количества медиаторов воспаления (гистамин, серотонин, адреналин и другие), которые приводят к появлению экзантемы (4). Клиническая характеристика синдрома экзантемы достаточно полно представлена в многочисленных практических руководствах по инфекционным болезням (5, 6, 7). В то же время, опыт работы клинициста показывает, что в последние годы произошли существенные изменения в клинических проявлениях ряда инфекционных болезней, сопровождающихся экзантемами. В настоящее время в учебно-методической литературе отсутствуют новые, современные характеристики данного синдрома, основанные на разработке собственного материала.

Цель - представить современную клиническую характеристику синдрома экзантемы при основных, наиболее распространенных вирусных инфекциях на примере Гродненского региона.

Материал. Под наблюдением находилось 17 больных ветряной оспой (1 группа), 20 больных краснухой (2 группа) и 7 больных герпетической инфекцией, распространенной кожной формой (3 группа). Выборка всех историй болезни происходила последовательно за последние годы наблюдения (1998-2006). Все случаи болезни были спорадическими. Диагноз и клиническая форма установлен в клинике инфекционных болезней опытными специалистами. Среди больных ветряной оспой доминировали мужчины (77%), а при краснухе и герпесе - женщины (55% и 86% соответственно). По возрасту распределение больных «детскими» экзантемами было не типичным, как для ветряной оспы (доминировала группа от 18 до 55 лет - 53%), так и для краснухи (преобладала эта же возрастная группа - 55%). Распределение больных по возрасту при

герпетической инфекции было равномерным: от 1 года до 3 лет - 1 больной, от 3 до 7 лет - 2, от 7 до 18 - 1, от 18 до 55 - 2, старше 55 - 1 больной. Среди больных до 1 года выявлен 1 случай ветряной оспы, а при краснухе и герпесе не было. Среди больных доминировали городские жители, составившие в каждой из групп более 80%. По роду занятости среди больных ветряной оспой преобладали работающие лица (53%) и дети ДДУ (24%), при краснухе - ученики СШ (50%) и студенты (25%), при герпесе - равномерно были представлены различные группы с одинаковой частотой (13-17%).

Результаты. Как показали исследования, на первый день болезни из 1 группы поступило 12% больных, 2 группы - 10% и 3 группы - ни одного больного. Основное количество больных поступало: из 1 группы на 2 и 3 день (по 11%), из 2 группы - на 2 день (70%), из 3 группы - на 7 день (29%). Следует заметить, что экзантема на 1 день болезни уже была у 65% больных 1 группы, у 70% больных 2 группы и 43% больных 3 группы. Данные показатели красноречиво свидетельствуют или об игнорировании больными экзантемы, как важного клинического симптома, или об ошибках врачей поликлинической сети в диагностике инфекционной патологии. Можно полагать, что дополнительным фактором позднего поступления было наличие нетипичной картины экзантемы в первый день болезни у взрослых больных. В 1 группе самостоятельное лечение на дому до поступления в стационар начали 11 %, во 2 группе - 9%, в 3 группе - 70% больных.

Качество диагностики экзантемы в группах на разных этапах проводилось путем сопоставления направительных диагнозов с диагнозами врачей приемного покоя инфекционного стационара (1 этап диагностики, качество поликлинического этапа), а так же при сопоставлении диагнозов врачей приемного покоя с окончательными клиническими диагнозами при выписке из стационара (2 этап диагностики — качество раннего стационарного этапа).

Расхождение диагнозов на 1 этапе диагностики в 1 группе было у 1 больного (6%), во 2 группе - у 4 (20%), в 3 группе - у 4 (57%). Расхождение диагнозов на 2 этапе диагностики в 1 и 2 группах не отмечено, в 3 группе - лишь у 1 больного (14%). Неверные формулировки направительных диагнозов, отмеченных врачами поликлиник в направлениях в стационар, не прозвучали в 1 группе, но во 2 группе они выявлены у 45%, а в 3 группе - в 14% случаев.

Начало болезни приблизительно у половины больных всех групп было с манифестации ведущего синдрома инфекционной болезни - интоксикационного, однако его выраженность в группах была различной. В 1 группе максимальные проявления данного синдрома, соответствующие тяжелой степени тяжести, в первые дни болезни достигла у 70% больных, во 2 и 3 группах - у 40%. Продолжительность синдрома интоксикации так

же отличалась, в 1 группе кризис наступил после 4 дня болезни, во 2 и 3 группе - в первые 3 дня. Нормотермия на догоспитальном этапе отмечена у 12% больных 1 группы, у 15% — 2 и у 14 % 3 группы, а на госпитальном этапе — у 12% 1 группы, 25% — 2 и у 28% 3 группы. Более длительно температура сохранялась в 3 группе (до 2-й недели), менее продолжительной она была во 2 группе (до 2-4 дня).

Синдром экзантемы, в качестве основного манифестного проявления инфекционной болезни отмечен у 35% больных 1 группы, 50% 2 группы и 29% 3 группы. Сыпь на коже больных была повсеместно в 1 и 2 группах и локализовалась на туловище, а также на верхних и нижних конечностях (при краснухе - на разгибательных поверхностях суставов), в 3 группе - преобладали элементы на спине. Сгущение сыпи отмечено в 100% при краснухе и 29% при герпесе, элементы при герпесе и при краснухе были в 100% мелкими, местами сливающимися, при краснухе - пятнисто-папулезные, симметричные элементы, при герпесе - мельчайший везикулез, местами сливающийся в зоны сплошной несимметричной гиперемии. При ветряной оспе типичным был полиморфизм элементов (100%). Единичные элементы сыпи были отмечены только у 1 больного 1 группы и 4 больных 3 группы. У 84% больных 1 группы, 10% - 2 и 100% 3 группы отмечен зуд кожи в области сыпи. Подсыпания новых элементов сыпи выявлены до 5 дня в 1 группе, до 2 дня во 2 группе и до 4 дня в 3 группе. Более медленное исчезновение (постепенное угасание) сыпи происходило в 3 группе (до 2-й недели). Во 2 группе сыпь исчезла бесследно, в 1 и 3 группах - с образованием корочек.

Практически у всех больных обследованных групп выявлено увеличение лимфатических узлов. Гиперемия слизистых ротоглотки зафиксирована у 94% 1 группы, 85% 2 группы и у 71% 3 группы, поражения слизистых в виде афт отмечено у 6% 1 группы и 29% 3 группы. Свыше 70% больных 1 группы выписались из стационара через неделю, 75% 2 группы - на первой неделе, около 15% больных 3 группы находились в больнице до 2 недель.

Заключение. Современный этап эволюции инфекционных болезней в области практической экзантемологии характеризуется следующими особенностями:

- отсутствие понятия «детские инфекционные экзантемы» в связи с преобладанием в возрастной структуре наиболее распространенных вирусных инфекций экзантем у взрослого населения (при спорадической заболеваемости);

- поздняя диагностика типичных проявлений высоко контагиозных инфекционных экзантем на поликлиническом этапе, приводящая к отягощению эпидемической ситуации и возможному отягощению болезни (осложнения);

- необходимость включения в дифференциально-диагностический

поиск методик, основанных на оценке степени повреждения эндотелия сосудов, применение которых возможно для оценки степени тяжести и прогнозирования исходов патологии, сопровождающейся экзантемами.

Литература:

1. Баркаган, З.С. Геморрагические заболевания и синдромы / З.С. Баркаган. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1988. - 527 с.
2. Иванов, Е.П. Руководство по гемостазиологии / Е.П. Иванов - Минск.: Беларусь, 1991. - 173 с.
3. Самаль, А.Б. Агрегация тромбоцитов: Методы изучения и механизмы / А.Б. Самаль, С.Н. Черенкевич, Н.Ф. Хмара. - Мн.: Университетское, 1990. - 104 с.
4. Метод определения внутрисосудистой активации тромбоцитов и его значение в клинической практике / А.С. Шитикова [и др.] // Клинич. и лабор. диагностика. - 1997. - № 2. - С. 23-35.
5. Нисевич, Н.И. Инфекционные болезни у детей / Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин. - М., Медицина, 1990 - 624 с.
6. Сушко, Е.П. Инфекционные болезни у детей: Учебное пособие / Е.П. Сушко, В.А. Матвеев, Л.М. Тупкова. - Мн.: Выш.шк., 1997. - 333 с.
7. Инфекционные болезни / под ред. Шуваловой Е.П. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2001. - 624 с.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ИНФЕКТАГЕНТАМ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Шебеко В.И., Родионов Ю.Я., Беляева Л.Е.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет», Беларусь*

Уже в прошлом веке было известно, что инфекционные агенты могут являться факторами риска атеросклероза. Причём ускорение атерогенеза положительно коррелирует, прежде всего, не с присутствием какого-то одного инфекционного агента, а с одновременным наличием нескольких инфекционных агентов. В этой связи даже появился термин “pathogens burden” (бремя патогенов), означающий опасность ускоренного развития атеросклероза и ишемической болезни сердца при сочетанном влиянии нескольких инфектагентов [5]. Хотя исследователи и сконцентрировали своё внимание главным образом на роли цитомегаловируса, вируса простого герпеса 1, вируса гепатита А, *Chlamidia pneumonia* и *Helicobacter pylori* в патогенезе атеросклероза, это совсем не оправдано, так как роль